



El **Resumen de beneficios y cobertura** lo ayudará a elegir un **plan** de salud. En este documento se muestra de qué manera usted y el **plan** comparten el costo de los servicios de atención médica cubiertos. **NOTA:** La información sobre el costo del **plan** (conocida como **prima**)

le será entregada por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre la cobertura o solicitar una copia de los términos completos de la cobertura, visite www.meritain.com o llame al (xxx) xxx-xxxx. En el glosario podrá consultar las definiciones generales de los términos comunes como cantidad aprobada, saldo de facturación, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados. Consulte el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary> o llame a Meritain Health, Inc. al (888) 306-9215 y solicite una copia.

| Preguntas importantes | Respuestas | ¿Por qué es importante? |
|---|--|---|
| ¿Cuál es el deducible general? | Para <u>proveedores</u> participantes: individuo \$500/familia \$1,000. Para <u>proveedores</u> no participantes: individuo \$2,500/familia \$5,000 | Por lo general, usted debe pagar todos los costos hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u> antes de que el <u>plan</u> comience a pagar los servicios prestados por los <u>proveedores</u> . Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , cada miembro debe alcanzar su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los gastos del <u>deducible</u> pagado por todos los miembros de la familia alcance el <u>deducible</u> familiar general. |
| ¿Hay algún servicio cubierto antes de alcanzar el deducible ? | Sí. Para <u>proveedores</u> participantes: El <u>cuidado preventivo</u> , el <u>cuidado urgente</u> , los exámenes de la vista, los servicios de salud mental o de abuso de sustancias para pacientes ambulatorios, los cuidados prenatales y posparto, y las visitas en el consultorio están cubiertos antes de que alcance el <u>deducible</u> . | Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aún si no ha alcanzado el monto del <u>deducible</u> . Sin embargo, se puede aplicar un <u>copago</u> o <u>coseguro</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre ciertos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costo compartido</u> y antes de que alcance el <u>deducible</u> . Para obtener una lista de los <u>servicios preventivos</u> cubiertos, visite https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/ . |
| ¿Hay otros deducibles para servicios específicos? | No. | Usted no tiene que pagar <u>deducibles</u> para servicios específicos. |
| ¿Cuál es el límite de gastos de bolsillo para este plan ? | Para <u>proveedores</u> participantes: individuo \$1,500/familia \$3,000. Para <u>proveedores</u> no participantes: individuo \$4,500/familia \$9,000. | El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es la cantidad máxima que usted pagará por los servicios cubiertos en un año. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , deben alcanzar sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta alcanzar el <u>límite de gastos de bolsillo</u> familiar general. |
| ¿Cuáles son los gastos que no cuentan para el límite de gastos de bolsillo ? | <u>Primas</u> , montos por sanciones si no se obtiene la <u>autorización previa</u> , cargos del <u>saldo de facturación</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre. | Si bien usted paga dichos gastos, estos no se tendrán en cuenta para el <u>límite de gastos de bolsillo</u> . |
| ¿Pagaré menos si uso proveedores de la red ? | Sí. Para obtener una lista de los <u>proveedores de la red</u> , visite www.aetna.com/docfind/custom/mymeritain o llame al (800) 343-3140. | Este <u>plan</u> utiliza una <u>red de proveedores</u> . Pagará menos si usa un <u>proveedor</u> incluido en la <u>red del plan</u> . Pagará el monto máximo si usa un <u>proveedor fuera de la red</u> , y es posible que el <u>proveedor</u> le facture la diferencia entre el cargo del <u>proveedor</u> y lo que paga el <u>plan</u> (<u>saldo de facturación</u>). Tenga en cuenta que el <u>proveedor de la red</u> podría usar un <u>proveedor fuera de la red</u> para algunos servicios (como análisis de laboratorio). Consulte con el <u>proveedor</u> antes de recibir los servicios. |
| ¿Necesito una remisión para consultar a un especialista ? | No. | Usted puede consultar a cualquier <u>especialista</u> y no necesita una <u>remisión</u> . |



Todos los costos de **copagos** y **coseguro** que se muestran en este cuadro son los que se pagarán después de haber alcanzado el **deducible**, en caso de aplicarse un **deducible**.

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|--|--|
| | | Proveedores participantes (Pagará el monto mínimo). | Proveedores no participantes (Pagará el monto máximo). | |
| Si se atiende en la clínica o el consultorio del proveedor médico | Consulta de cuidado primario para tratar una lesión o enfermedad | \$25 de <u>copago</u> /consulta (visita en el consultorio); 10 % de <u>coseguro</u> (todos los demás servicios) | 30 % de <u>coseguro</u> | El <u>copago</u> se aplica únicamente a la visita en el consultorio del médico. Pagará \$10 de <u>copago</u> (no se aplica el <u>deducible</u>) si recibe servicios de consultas telefónicas a través del programa de telemedicina. |
| | Consulta con un <u>especialista</u> | \$50 de <u>copago</u> /consulta (visita en el consultorio); 10 % de <u>coseguro</u> (todos los demás servicios) | 30 % de <u>coseguro</u> | |
| | <u>Servicios preventivos/evaluaciones/vacunas</u> | Sin cargo | Sin cobertura | Usted quizás tenga que pagar servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte al <u>proveedor</u> si los servicios que necesita son <u>preventivos</u> . Luego verifique qué pagará el <u>plan</u> . |
| Si tiene que hacerse un examen | <u>Exámenes de diagnóstico</u> (radiografías, análisis de sangre) | 10 % de <u>coseguro</u> | 30 % de <u>coseguro</u> | -----ninguna----- |
| | Imágenes (tomografía computarizada, tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética) | 10 % de <u>coseguro</u> | 30 % de <u>coseguro</u> | Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios se podrían reducir \$250 del total del costo del servicio. |
| Si necesita medicamentos para el tratamiento de una enfermedad o afección Puede encontrar más información sobre la cobertura de medicamentos recetados en www.optumrx.com/mycatamaranrx.com . | Medicamentos genéricos | \$10 de <u>copago</u> (al por menor), \$20 de <u>copago</u> (pedidos por correo) | Sin cobertura | No se aplica el <u>deducible</u> . Cubre un suministro de hasta 30 días (medicamentos recetados al por menor); un suministro de 90 días (medicamentos recetados pedidos por correo); un suministro de 30 días (<u>medicamentos de especialidad</u>). El <u>copago</u> se aplica por medicamento recetado. No se cobran los medicamentos preventivos. Se aplica la disposición “dispensar según lo indicado” (DAW). Los <u>medicamentos de especialidad</u> se deben obtener directamente a través del programa Specialty Pharmacy después de un abastecimiento en una farmacia al por menor. |
| | Medicamentos de marca preferidos | \$35 de <u>copago</u> (al por menor)/\$70 de <u>copago</u> (pedidos por correo) | Sin cobertura | |
| | Medicamentos de marca no preferidos | 50 % de <u>copago</u> (al por menor y pedidos por correo) | Sin cobertura | |
| | <u>Medicamentos de especialidad</u> | 35 % de <u>copago</u> (hasta un máximo de \$300) | Sin cobertura | |
| Si le hacen una cirugía ambulatoria | Arancel del centro (p. ej., centro quirúrgico ambulatorio) | 10 % de <u>coseguro</u> | 30 % de <u>coseguro</u> | Se requiere <u>autorización previa</u> a menos que se realice en un consultorio. Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios se podrían reducir \$250 del total del costo del servicio. |
| | Tarifa del médico/cirujano | 10 % de <u>coseguro</u> | 30 % de <u>coseguro</u> | |

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|--|--|--|--|
| | | Proveedores participantes (Pagará el monto mínimo). | Proveedores no participantes (Pagará el monto máximo). | |
| Si necesita atención médica inmediata | <u>Cuidados en la sala de emergencias</u> | 10 % de <u>coseguro</u> (servicios de <u>emergencia</u> y <u>servicios</u> que no son de <u>emergencia</u>) | 10 % de <u>coseguro</u> (servicios de <u>emergencia</u>)/30 % de <u>coseguro</u> (servicios que no son de <u>emergencia</u>) | Los <u>proveedores</u> no participantes reciben su pago al nivel de beneficios de los <u>proveedores</u> participantes para los <u>servicios de emergencia</u> . |
| | <u>Traslado médico de emergencia</u> | 10 % de <u>coseguro</u> | 10 % de <u>coseguro</u> | -----ninguna----- |
| | <u>Cuidado urgente</u> | \$150 de <u>copago</u> /consulta | 30 % de <u>coseguro</u> | El <u>copago</u> se aplica por consulta independientemente de los servicios prestados. |
| Si lo admiten en un hospital | Arancel del hospital (p. ej., habitación) | 10 % de <u>coseguro</u> | 30 % de <u>coseguro</u> | Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios se podrían reducir \$250 del total del costo del servicio. |
| | Tarifa del médico/cirujano | 10 % de <u>coseguro</u> | 30 % de <u>coseguro</u> | |
| Si necesita servicios para tratar problemas psiquiátricos, de conducta o de abuso de sustancias | Servicios para pacientes ambulatorios | \$25 de <u>copago</u> /consulta | 30 % de <u>coseguro</u> | -----ninguna----- |
| | Servicios para pacientes internados | 10 % de <u>coseguro</u> | 30 % de <u>coseguro</u> | Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios se podrían reducir \$250 del total del costo del servicio. |
| Si está embarazada | Visitas al consultorio | \$25 de <u>copago</u> /consulta | 30 % de <u>coseguro</u> | Se requiere <u>autorización previa</u> para internaciones de más de 48 horas (parto vaginal) o 96 horas (cesárea). Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios se podrían reducir \$250 del total del costo del servicio. El <u>costo compartido</u> no se aplica a los <u>servicios preventivos</u> de un <u>proveedor</u> participante. La atención durante la maternidad puede incluir exámenes y servicios descritos en el resumen (por ejemplo, ultrasonido). Los gastos del bebé cuentan como gastos de la madre. |
| | Servicios profesionales para el nacimiento/parto | 10 % de <u>coseguro</u> | 30 % de <u>coseguro</u> | |
| | Servicios en la instalación para el nacimiento/parto | 10 % de <u>coseguro</u> | 30 % de <u>coseguro</u> | |
| Si necesita servicios de recuperación o tiene otras necesidades especiales | <u>Cuidado de la salud en el hogar</u> | 10 % de <u>coseguro</u> | 30 % de <u>coseguro</u> | Se limita a 100 consultas por año. Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios se podrían reducir \$250 del total del costo del servicio. |
| | <u>Servicios de rehabilitación</u> | 10 % de <u>coseguro</u> | 30 % de <u>coseguro</u> | Incluye terapia física, ocupacional y del habla. |

| Eventos médicos comunes | Los servicios que podría necesitar | Lo que pagará | | Limitaciones, excepciones y otra información importante |
|---|---|---|--|---|
| | | Proveedores participantes (Pagará el monto mínimo). | Proveedores no participantes (Pagará el monto máximo). | |
| | <u>Servicios de recuperación de las habilidades</u> | Sin cobertura | Sin cobertura | Esta exclusión no se aplica a gastos relacionados con el diagnóstico, las pruebas y el tratamiento del autismo, el trastorno por déficit de atención (ADD) o el trastorno de hiperactividad con déficit de atención (ADHD). |
| | <u>Cuidado de enfermería especializado</u> | 10 % de <u>coseguro</u> | 30 % de <u>coseguro</u> | Se limita a 100 días por año. Se requiere <u>autorización previa</u> . Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios se podrían reducir \$250 del total del costo del servicio. |
| | <u>Equipo médico duradero</u> | 10 % de <u>coseguro</u> | 30 % de <u>coseguro</u> | Se requiere <u>autorización previa</u> para cualquier artículo que exceda los \$1,500. Si no obtiene la <u>autorización previa</u> , los beneficios se podrían reducir \$250 del total del costo del servicio. |
| | <u>Cuidado de hospicio</u> | 10 % de <u>coseguro</u> | 30 % de <u>coseguro</u> | -----ninguna----- |
| Si su hijo necesita servicios dentales o de la vista | Examen de la vista para niños | Sin cargo | Sin cobertura | Se limita a 1 examen por período de 12 meses. |
| | Anteojos para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Sin cobertura |
| | Consulta dental para niños | Sin cobertura | Sin cobertura | Sin cobertura |

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente **NO** cubre. (Consulte los documentos del plan o la póliza para obtener información sobre otros servicios excluidos).

- Cirugía bariátrica.
- Cirugía plástica.
- Tratamiento dental (adultos y niños).
- Anteojos (adultos y niños).
- Servicios de recuperación de las habilidades.
- Audífonos.
- Tratamiento para la infertilidad (excepto el diagnóstico).
- Cuidado a largo plazo.
- Cuidados que no son de emergencia para viajes fuera de los EE. UU.
- Cuidado de enfermería particular (excepto para cuidado de la salud en el hogar y cuidado de hospicio).
- Cuidado de rutina para los pies, excepto para la enfermedad vascular periférica o metabólica.
- Programas para la pérdida de peso.

Otros servicios cubiertos. (Se pueden aplicar limitaciones a estos servicios. Esta es una lista parcial. Consulte los documentos del plan).

- Acupuntura.
- Cuidado quiropráctico.
- Tratamiento de rutina para la vista (adultos y niños).

Su derecho a continuar con la cobertura: Existen agencias que pueden ayudarlo si desea continuar con la cobertura una vez que haya terminado. La información de contacto de dichas agencias se incluye a continuación: [Para planes sujetos a la Employee Retirement Income Security Act (Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados): Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU., 1-866-444-3272, <https://www.dol.gov/agencias/ebsa/healthreform> o _Nombre del cliente, (xxx) xxx-xxxx]. [Para planes no sujetos a la ERISA: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Centro de Información al Consumidor y Supervisión de Seguros, 1-877-267-2323 (interno 61565), www.cciio.cms.gov o _Nombre del cliente, (xxx) xxx-xxxx]. Es posible que existan otras opciones de cobertura que incluyan la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Su derecho a presentar una queja o una apelación: Existen agencias que pueden ayudarlo si tiene alguna queja con su plan por la denegación de un reclamo. Esto se denomina queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá para el reclamo médico. Los documentos del plan también brindan información completa sobre cómo presentar la apelación de un reclamo o una queja por cualquier razón relacionada con su plan. Para obtener más información sobre sus derechos o este aviso, o si necesita ayuda, comuníquese con [Para planes sujetos a la ERISA: Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados del Departamento de Trabajo de los EE. UU. al 1-866-444-3272 o visite <https://www.dol.gov/agencias/ebsa/healthreform>, o con _Nombre del cliente al (xxx) xxx-xxxx]. [Para planes no sujetos a la ERISA: Nombre del cliente al (xxx) xxx-xxxx o con Meritain al (Número del Registro de Servicio al Cliente que aparece en el encabezado de la página 1)].

Asimismo, el programa de asistencia al consumidor puede ayudarlo a presentar una apelación. Contacto:

Arkansas: Departamento de Seguros de Arkansas, División de Servicios al Consumidor, (800) 852-5494.

California: Programa de Asistencia al Consumidor de California administrado por el Departamento de Atención Médica Administrada de California, (888) 466-2219.

Connecticut: Oficina del Defensor del Cuidado de la Salud de Connecticut, (866) 466-4446.

Delaware: Departamento de Seguros de Delaware, (800) 282-8611.

D.C.: Oficina de la Defensoría del Pueblo para el Cuidado de la Salud y Declaración de Derechos de D.C., (877) 685-6391.

Georgia: Oficina del Comisionado de Seguros y Seguridad contra Incendios de Georgia, (800) 656-2298.

Guam: Departamento de Hacienda y Servicios Impositivos de Guam, (671) 635-1846.

Illinois: Departamento de Seguros de Illinois, (877) 527-9431.

Kansas: Departamento de Seguros de Kansas, División de Asistencia al Consumidor, (800) 432-2484 (dentro del estado)/(785) 296-7829.

Kentucky: Departamento de Seguros de Kentucky, División de Protección al Consumidor, (800) 595-6053.

Maine: Consumidores por un Cuidado de Salud Accesible de Maine, (800) 965-7476.

Maryland: Oficina del Fiscal General de Maryland, Unidad de Educación y Defensa Sanitaria, (877) 261-8807.

Massachusetts: Atención de Salud para Todos de Massachusetts, (800) 272-4232.

Michigan: Programa de Asistencia al Consumidor de Seguros de Salud de Michigan, Departamento de Seguros y Servicios Financieros de Michigan, (877) 999-6442.

Mississippi: Beneficios de Salud de Mississippi, (877) 314-3843.

Missouri: Departamento de Seguros de Missouri, (800) 726-7390.

Montana: Oficina del Auditor del Estado de Montana, Comisionado de Valores y Seguros, (800) 332-6148.

Nevada: Oficina de Asistencia de Salud al Consumidor de Nevada, Defensoría de la Salud del Consumidor de la Gobernación, (888) 333-1597.

New Hampshire: Departamento de Seguros de New Hampshire, (800) 852-3416.

Nueva Jersey: Departamento de Banca y Seguros de Nueva Jersey, (800) 446-7467 o (609) 292-7272.

Nuevo México: Comisión de Regulaciones Públicas de Nuevo México, División de Relaciones con el Consumidor, (855) 857-0972 o (888) 427-5772.

Nueva York: Sociedad de Servicio Comunitario de Nueva York, Defensoría de la Salud de la Comunidad, (888) 614-5400.

Carolina del Norte: Departamento de Seguros de Carolina del Norte, Seguro de Salud Smart NC, (855) 408-1212.

Oklahoma: Departamento de Seguros de Oklahoma, (800) 522-0071.

Oregon: Health Connect de Oregon, (866) 698-6155.

Pensilvania: Departamento de Seguros de Pensilvania, (877) 881-6388.

Puerto Rico: Oficina de la Procuradora del Paciente de Puerto Rico, (787) 979-0909.

Rhode Island: Programa de Asistencia al Consumidor de Rhode Island, Rhode Island Parent Information Network, Inc., (855) 747-3224.

Carolina del Sur: Departamento de Seguros de Carolina del Sur, Servicios de Licencias para el Consumidor y del Individuo, (800) 768-3467.

Tennessee: Departamento de Comercio y Seguros de Tennessee, (615) 741-2241.

Texas: Programa de Asistencia de Salud para el Consumidor de Texas, Departamento de Seguros de Texas, (855) 839-2427 (855-TEX-CHAP).

Vermont: Ayuda legal en Vermont, (800) 889-2047.

Virginia: Comisión de la Corporación del Estado de Virginia, División de Vida y Salud, Departamento de Seguros, (877) 310-6560.

Islas Vírgenes de EE. UU.: División de Banca y Seguros de las Islas Vírgenes de EE. UU., (340) 773-6459.

Washington: Programa de Asistencia al Consumidor de Washington, (800) 562-6900.

Virginia Occidental: Oficinas del Comisionado de Seguros de Virginia Occidental, División de Servicios al Consumidor, (888) 879-9842.

¿Brinda este plan una cobertura mínima esencial? Sí.

Si no cuenta con una cobertura mínima esencial por un mes, deberá realizar un pago cuando presente la declaración de impuestos a menos que reúna los requisitos para ser eximido del requisito de tener cobertura de salud por dicho mes.

¿Cumple este plan con los estándares de valor mínimo? Sí.

Si el plan no alcanza los estándares de valor mínimo, puede ser elegible para recibir un crédito fiscal para las primas que lo ayudará a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-800-378-1179.

Tagalog: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-800-378-1179.

Chino (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-800-378-1179.

Navajo (Dine): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijigo holne' 1-800-378-1179.

Para ver ejemplos sobre cómo este plan paga los servicios en una situación médica específica, consulte la sección siguiente.

Sobre los ejemplos de cobertura:



Esta no es una herramienta de cálculo de costos. Los tratamientos que mencionamos son solo ejemplos de cómo el plan cubriría los servicios. Sus costos reales dependerán de los servicios que reciba, del precio de los proveedores y de otros factores. Concéntrese en los montos de costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y en los servicios excluidos del plan. Use esta información para comparar la parte de los costos que debería pagar según los distintos planes médicos. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura están basados en la cobertura individual.

Nacimiento del bebé de Peg (9 meses de cuidado prenatal dentro de la red y parto en el hospital)

| | |
|--|-------|
| ■ <u>Deducible general del plan</u> | \$500 |
| ■ <u>Copago del médico de cuidado primario</u> | \$25 |
| ■ <u>Coseguro</u> del centro hospitalario | 10 % |
| ■ <u>Otro coseguro</u> | 10 % |

Esta situación de EJEMPLO incluye los servicios que se detallan a continuación:

Visitas al médico de cuidado primario (*atención prenatal*)
 Servicios profesionales para el nacimiento/parto
 Servicios en la instalación para el nacimiento/parto
 Exámenes de diagnóstico (*ultrasonidos y análisis de sangre*)
 Consulta con un especialista (*anestesia*)

| | |
|--------------------------------|-----------------|
| Costo total del ejemplo | \$12,840 |
|--------------------------------|-----------------|

En este ejemplo, Peg pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|--------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$500 |
| Copagos | \$0 |
| Coseguro | \$1,000 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$60 |
| Peg pagaría un total de | \$1,560 |

Control de la diabetes tipo 2 de Joe (1 año de cuidado de rutina dentro de la red para la enfermedad bien controlada)

| | |
|---|-------|
| ■ <u>Deducible general del plan</u> | \$500 |
| ■ <u>Copago de especialista</u> | \$50 |
| ■ <u>Coseguro</u> del centro hospitalario | 10 % |
| ■ <u>Otro coseguro</u> | 10 % |

Esta situación de EJEMPLO incluye los servicios que se detallan a continuación:

Visitas al consultorio del especialista (*educación sobre enfermedades incluida*)
 Exámenes de diagnóstico (*análisis de sangre*)
 Medicamentos recetados
 Equipo médico duradero (*medidor de glucosa*)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$7,460 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Joe pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|--------------------------------|----------------|
| Deducibles | \$500 |
| Copagos | \$847 |
| Coseguro | \$153 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$55 |
| Joe pagaría un total de | \$1,555 |

Fractura simple de Mia (consulta en la sala de emergencias y atención de seguimiento dentro de la red)

| | |
|---|-------|
| ■ <u>Deducible general del plan</u> | \$500 |
| ■ <u>Copago de especialista</u> | \$50 |
| ■ <u>Coseguro</u> del centro hospitalario | 10 % |
| ■ <u>Otro coseguro</u> | 10 % |

Esta situación de EJEMPLO incluye los servicios que se detallan a continuación:

Cuidados en la sala de emergencias (*insumos médicos incluidos*)
 Exámenes de diagnóstico (*radiografías*)
 Equipo médico duradero (*muletas*)
 Servicios de rehabilitación (*terapia física*)

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Costo total del ejemplo | \$2,010 |
|--------------------------------|----------------|

En este ejemplo, Mia pagaría:

| <i>Costo compartido</i> | |
|--------------------------------|--------------|
| Deducibles | \$500 |
| Copagos | \$150 |
| Coseguro | \$163 |
| <i>Lo que no está cubierto</i> | |
| Límites o exclusiones | \$0 |
| Mia pagaría un total de | \$813 |

El plan debería pagar los costos de estos servicios cubiertos de EJEMPLO.